

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

N° 828

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Odette ALISSE

Née le 2 janvier 1922, à Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 4 juillet 1957

**LES DIFFICULTÉS
DU DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE
DITE INAPPARENTE**

Président : M. VARANGOT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Odette ALISSE

Née le 2 janvier 1922, à Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 4 juillet 1957

**LES DIFFICULTÉS
DU DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE
DITE INAPPARENTE**

Président : M. VARANGOT, Professeur



PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	SICARD (A.)
	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Salpêtrière
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	QUÉNU (J.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	MÉNÉGAUX (G.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique gynécologique	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FÈVRE (M.)
Clinique des maladies des enfants	MONOD (R.)
Clinique des maladies infectieuses	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DEGOS (R.)
Clinique des maladies métaboliques	CATHALA (J.)
Clinique des maladies du sang	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	DELAY (J.)
Cliniques médicales	HAMBURGER (J.)
	Chevallier (P.)
	ALAJOUANINE (T.)
	Bichat
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Broussais
	DE GENNES (L.)
	Cochin
	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu
	BARIÉTY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Port-Royal
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LANTUÉJOUL (P.)
Clinique de pneumo-phtisiologie	RENAUD (G.)
Clinique psychiatrique infantile	AUBIN (A.)
Clinique de puériculture	BERNARD (E.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	HEUYER (C.)
Clinique stomatologique	LELONG (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale	DECHAUME (M.)
	SÉNÈQUE (J.)
	LEMAIRE (A.)

Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i>	Neurologie	LHERMITTE (F.)
	{ CABROL (C.)		GRASSET (J.)
	{ DEBEYRE (J.)		LE LORIER (G.)
	{ OLIVIER (G.)		LEPAGE (F.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS	Obstétrique	MERGER (R.)
	{ (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i>		MORIN (P.)
	{ BUSSET (F.)		RAVINA (J.)
	{ GOUYGOU (Ch.)		ROBEY (M.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i>	Ophthalmologie	{ BRÉGEAT (P.)
	{ CHRISTOL (D.)		{ DESVIGNES (P.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i>	Orthopédie	JUDET (R.)
	{ DESGREZ (P.)	Oto-rhino- laryngologie	{ AUBRY (M.)
	{ POLONOVSKI (J.)		{ MADURO (R.)
Biologie médicale	{ SCHAPIRA (R.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.-C.)
	{ BOURLIÈRE (F.)		{ CHABAUD (A.)
Dermato- Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)		{ ABOULKER (P.)
	Tuchmann-Duplessis (H.)		{ BARCAT (J.)
Embryologie	{ COUJARD (R.)		{ BAUMANN (J.)
	{ N...		{ CAUCHOIX (J.)
	{ N...		{ DUBOST (C.)
Histologie	{ CORNET (A.)	Pathologie chirurgicale	{ FAUREL (J.)
	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i>		{ FLABEAU (F.)
Hygiène	{ DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		{ GERMAIN (A.)
			{ GOSSET (J.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)		{ LAURENCE (G.)
			{ LORTAT-JACOB (J.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i>		{ MATHEY (J.)
	{ GAULTIER (M.)		{ OLIVIER (Cl.)
	{ HADENGUE (A.)		{ POILLEUX (F.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		{ THOMERET (G.)
			{ VERNE (J.-M.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)	Pathologie expérimentale	{ LOEPER (J.)
			{ MAURICE (P.)

	MM.		MM.
Pathologie médicale	BOLIDIN (G.)	Pharmacologie	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BOUVIER (J.-B.)		LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BRICAIRE (H.)	Physiologie	BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	BRISAUD (H.)		PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	CASTAIGNE (P.)		DEJOURS (P.)
	CONTE (M.)	Physique médicale	DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	DEROT (M.)		GOUGEROT (L.)
	DOMART (A.)	Pneumo- Phtisiologie	KREIS (B.)
	LAMOTTE (M.)		
	LAROCHE (C.-P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	MACREZ (Cl.)		
	MILLIEZ (P.)	Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
	PÉQUIGNOT (H.)		
	PERRAULT (M.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	RAMBERT (P.)		
	ROYER (P.)	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	THIEFFRY (St.)		CHAPUT (Mme A.)
	TURIAF (J.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	WOLFROMM (R.)		
Pédiatrie	N...	Urologie	KUSS (R.)
	JOSEPH (R.)		
	MOZZICONACCI (P.)		
	POLONOVSKY (Cl.)		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale	MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)		
	LÉGER (L.)	Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
	PADOVANI (P.)		
	ROUX (M.)	Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert)		
	HAGUENAU (J.) <i>pr. s. ch.</i>		
	KOURILSKY (R.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique neurologique	MARCHAL (G.)		
	DE SÈZE (S.)		

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur Mlle GOICHON (A.)
 Bibliothécaires { Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
 LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MON FRERE

*Qui m'a constamment aidé et
conseillé au cours de mes études.
En témoignage de grande affection.*

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VARANGOT

Professeur de la Chaire Obstétricale à Port-Royal
Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux
Maître de Recherches au C. N. R. S.
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

En remerciement pour leur enseignement.

A MES MAITRES DE STAGE INTERNE

MONSIEUR LE DOCTEUR ABOZA

Chef du Service de Médecine
à l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges

MONSIEUR LE DOCTEUR J.E. MARCEL

Chef du Service d'Urologie Infantile
à l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges

Qui m'ont accueilli avec bienveillance dans leur service.

Avec mes bien sincères remerciements.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Des acquisitions faites simultanément dans différents domaines, qu'il s'agisse des examens cytologiques ou radiologiques des voies génitales de la femme pour diverses manifestations anatomo-cliniques, ou de recherches systématiques des causes d'une stérilité, ont abouti à une constatation assez troublante : la tuberculose utéro-annexielle est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait admis jusqu'ici, et beaucoup plus fréquente aussi que le contexte anatomo-clinique ne permettait de le prévoir.

On sait que les aspects histologiques de la muqueuse génitale, avec ses remaniements cycliques, peuvent donner des aspects que l'on risque, à tort, d'attribuer à une bacillose. Nous avons assisté il y a quelques années à de curieux courants, d'abord établissant histologiquement la fréquence de la tuberculose génitale, ensuite attribuant ces aspects de follicules aux transformations physiologiques de la muqueuse.

Actuellement, on dispose d'un faisceau de moyens d'exploration dont la convergence est en faveur d'une tuberculose génitale non seulement relativement fréquente, mais encore, et surtout, fréquemment méconnue, parce qu'empruntant une forme latente, et aussi parce qu'évoluant sous une symptomatologie très variable d'un cas à l'autre.

Nous nous trouvons donc devant une question sinon nouvelle, du moins actuellement envisagée sous un jour nouveau, et c'est ce qui en fait l'intérêt et mérite une mise au point.

Les travaux de l'Ecole Française de Gynécologie, dominés par les noms de BRET et LEGROS, de DALSACE, de SOLAL, de FUNCK BRENTANO surtout, ont, ces dernières années, établi « la fréquence, le polymorphisme de la symptomatologie de la tuberculose génitale, la latence aussi de cette localisation bacillaire », ce qui justifie la mise en œuvre de tous les moyens de diagnostic dont nous disposons.

Nous verrons, en exposant les aspects cliniques de la tuberculose utéro-annexielle, qu'en effet la femme est vue pour des raisons très disparates : ici aménorrhée, là stérilité primaire ou secondaire, ou encore douleurs vagues, enfin métrorragies.

Dans les antécédents, s'il existe des cas reconnus de tuberculose pulmonaire ou ostéo-articulaire, le plus souvent le passé est muet en ce qui concerne la bacillose.

On risque alors, pendant des années, de perdre du temps à des traitements hormonaux, radiothérapiques, voire chirurgicaux, évidemment incapables d'assurer la guérison ou le retour de la fertilité. On risque même, fait plus grave encore, de réactiver et de généraliser une tuberculose méconnue.

Il est donc de toute importance de préciser la nature étiologique des troubles observés chez une malade, et de mettre en œuvre les différentes méthodes d'exploration dont nous disposons actuellement.

En même temps que les moyens de diagnostic de la tuberculose génitale se sont améliorés, en particulier par la possibilité d'utiliser l'examen radiologique autrefois considéré comme contre-indiqué, les méthodes thérapeutiques efficaces, au premier rang desquelles la streptomycine a acquis et conserve la place de choix, ont été obtenues.

Mais en même temps encore que l'on découvrait la relative fréquence de la tuberculose utéro-annexielle, que l'on mettait au point les méthodes de son diagnostic et de son traitement, on établissait l'existence d'une forme nouvelle de bacillose génitale, forme silencieuse, cliniquement inapparente, latente, selon les diverses expressions employées à son

égard, le terme d'inapparente (J. DALSACE) étant sans doute le mieux approprié aux faits anatomo-cliniques observés.

Ces dernières années ont vu éclore de très nombreuses recherches dans le domaine de la tuberculose génitale inapparente. Et cependant, ces derniers jours, SOLAL écrivait : « Il s'en faut pourtant que tout ait été dit sur un tel sujet, et les discussions sont loin d'être apaisées, tant sur la valeur respective des diverses méthodes de diagnostic que sur l'utilité de la thérapeutique actuelle. »

* *

Ainsi, la tuberculose génitale serait relativement fréquente; elle emprunterait des formes symptomatiques polymorphes et par là serait souvent méconnue; comme, en outre, elle est à l'origine de bien des états pathologiques gynécologiques et généraux, et de nombreux cas de stérilité, il n'est plus besoin d'insister sur l'importance à tant d'égards de son diagnostic.

Nous nous proposons donc ici :

— de rappeler quelques formes cliniques de tuberculose utéro-annexielle inapparente : stérilité primaire ou secondaire, douleurs abdominales et pelviennes plus ou moins vagues, troubles menstruels allant de l'aménorrhée aux métrorragies; enfin, la tuberculose génitale, en particulier latente puisque méconnue, paraît à l'origine d'accidents tels qu'avortements, accouchements prématurés, grossesses extra-utérines.

— d'exposer les méthodes de diagnostic utilisables dans ces formes inapparentes : recherche du B K, directe, de peu de valeur, indirecte, dans le sang, les sécrétions, les prélèvements d'endomètre; réaction d'hémo-agglutination, enfin, et peut-être surtout, examen radiologique.

— ces éléments serviront de base à une discussion sur la valeur respective et les résultats de ces moyens d'investigation, lesquels n'auront de valeur — si l'on veut bien nous pardonner cette lapalissade — que dans la mesure où on les

appliquera : autrement dit, le diagnostic de la tuberculose génitale inapparente aura fait un énorme progrès le jour où la notion de cette forme de bacilliose utéro-annexielle sera présente à l'esprit du praticien, du gynécologue. Trop souvent encore des troubles gynécologiques, des stérilités, des avortements, sont traités par des moyens hormonaux ou chirurgicaux, non seulement inopérants, mais sans doute aussi contre-indiqués. Chercher la tuberculose chaque fois que des accidents gynécologiques ne font pas la preuve de leur origine sera une acquisition de valeur dans ce domaine, car très souvent, elle sera trouvée.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

Le premier obstacle au diagnostic de la tuberculose génitale chez la femme, nous pourrions dire l'excuse ou au moins l'explication de sa fréquente méconnaissance, réside dans le polymorphisme anatomo-clinique que la bacillose revêt à ce niveau.

Longtemps, on avait admis que la tuberculose génitale n'était qu'une manifestation, une localisation d'une imprégnation bacillaire plus généralisée, et qu'en particulier elle ne survenait que chez les pulmonaires, ou les anciennes pulmonaires. Devant un passé négatif, on n'osait pas penser à la nature bacillaire des troubles plus fonctionnels qu'organiques constatés.

L'aspect clinique le plus souvent observé est certainement celui de la stérilité, primaire, voire secondaire. Le plus souvent, mais non toujours ; il y a peu de temps encore, il est vrai, la stérilité était considérée comme la règle en matière de tuberculose génitale. Inversement, devant une stérilité, il y a donc lieu de rechercher la bacillose. BRET nous dit que quelle qu'ait été la forme évolutive de l'atteinte bacillaire, quelle qu'ait été sa localisation, le pronostic était irrémédiablement le même. Quant aux formes latentes de l'endométrite tuberculeuse, elles avaient hier encore un pronostic fonctionnel « désastreux ». NETTER n'écrivait-il pas en 1948 que la tuberculose de l'endomètre entraîne une stérilité « quasi irrémédiable » et, l'année suivante, AIMES s'exprimait ainsi : la tuberculose entraîne des lésions du tractus génital souvent

incompatibles avec la fécondation ou la nidation de l'œuf. Pour RABEAU, l'endométrite tuberculeuse, qu'elle soit accompagnée ou non de tuberculose tubaire, signifie stérilité absolue.

Cette opinion est aujourd'hui jugée par trop catégorique. Des grossesses ont été obtenues, qui évoluent normalement, chez des tuberculeuses génitales reconnues, pour qui la gestation n'a pas été catastrophique (on se souvient que l'avortement thérapeutique trouve une de ses indications dans la tuberculose grave).

Il n'en demeure pas moins que bien des stérilités sont dues à la tuberculose utéro-annexielle. Ce que bien des auteurs reconnaissent comme une protection heureuse à ne pas supprimer, puisque des grossesses extra-utérines peuvent alors survenir, auxquelles la stérilité est encore préférable. Voici une observation empruntée à SOLAI, qui montre comment la bacillose peut être responsable de la stérilité chez une femme ne présentant par ailleurs aucun stigmate tuberculeux :

Une femme de vingt et un ans, mariée depuis un an, vient consulter pour stérilité; cette femme, d'apparence saine, vit à la campagne; son passé médical est normal. Réglée à treize ans, tous les vingt-trois jours, elle a, depuis quelques mois, des écoulements de durée et d'importance variables, avec, entre les règles, une leucorrhée importante. L'examen général et local est négatif. Ce n'est que l'hystérosalpingographie qui donne des images caractéristiques, formation poly poïde de l'endomètre, image ensuite noyée par le produit de contraste, trompe droite dilatée en chapelet à gros grains, comparée par NETTER aux manches bouffantes du début du XVI^e siècle. La trompe gauche est imperméable et rigide, sa lumière est occupée de formations caséeuses. Les fragments d'endomètre prélevés et examinés devaient révéler, à côté de plages normales, des îlots lymphoïdes dont l'un est accompagné d'une formation d'aspect folliculaire éosinophile peuplée de cellules épithélioïdes. Ces follicules, légèrement atypiques, détruisent l'extrémité d'un tube glandulaire et ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse de la lésion endométriale.

C'est encore l'examen histologique de la biopsie qui révèle, chez une malade de J. BRET, l'origine tuberculeuse de la stérilité.

Chez une femme de trente ans, sans antécédents anormaux, une insufflation tubaire oriente vers un hydrosalpinx confirmé par l'hystérosalpingographie. La biopsie d'endomètre montre l'absence de grou-

pement nodulaire tuberculeux. A la suite d'une poussée inflammatoire avec masses bilatérales, on institue un traitement de streptomycine-pénicilline, puis on intervient : salpingectomie gauche, salpingo-ovariectomie droite. Histologiquement « il est difficile d'affirmer la tuberculose », mais la présence d'un huilome est établie. Dans les suites, interviennent encore des douleurs importantes, accusées au moment des règles, des métrorragies, on constate une masse douloureuse fixée, une accélération de la vitesse de sédimentation, une réaction de Middlebrook Dubos positive à 1/16, tous les signes régressant sous l'action de la streptomycine. Des signes familiaux d'imprégnation bacillaire donnent à ces constatations toute leur signification.

Il s'agissait donc bien d'une tuberculose, longtemps méconnue, mais pourtant non silencieuse, à récides pelviennes après l'intervention. Les cultures avaient été négatives. Enfin le huilome surajouté avait contribué à méconnaître l'étiologie bacillaire des manifestations.

Actuellement, la tuberculose utéro-annexielle est susceptible d'être guérie, ce qui permet l'évolution ultérieure d'une grossesse normale. Bien des observations le prouvent.

— Une malade de BRET, âgée de vingt-cinq ans, mariée à dix-neuf ans, ayant fait à vingt et un ans une tuberculose pulmonaire traitée par pneumo-thorax, vient consulter pour stérilité. Une oblitération tubaire bilatérale nécessite des insufflations qui rétablissent la perméabilité et permettent une grossesse normale.

— Une autre malade, âgée de trente ans est vue pour oligoménorrhée et stérilité secondaire datant de huit ans. Il y a eu un épisode pulmonaire aigu, de nature mal définie, huit ans plus tôt, une fausse-couche provoquée suivie de curettage et de stérilité. L'examen gynécologique est négatif, la biopsie d'endomètre permet d'affirmer l'absence totale de lutéinisation et l'existence de follicules typiquement tuberculeux. On met en œuvre un traitement streptomycinique. La malade devient enceinte, met au monde un enfant à terme, non tuberculisé. La streptomycine est reprise pendant les dix premiers jours du post-partum. Le placenta était indemne.

Lorsque des antécédents pulmonaires orientent vers la nature tuberculeuse de la stérilité, les choses se présentent différemment. Mais voici encore un cas de BRET dans lequel la découverte de la tuberculose endométriale fut une surprise :

— Une femme de vingt et un ans consulte pour dysménorrhée et stérilité; on trouve à l'examen une masse latéro-utérine bilatérale; à

l'hystérosalpingographie, des images caractéristiques de tuberculose tubaire bilatérale. A la suite d'un traitement par streptomycine, la grossesse apparaît, qui évolue normalement.

— Une autre malade, âgée de vingt-huit ans, vient pour stérilité primaire depuis huit ans. L'examen gynécologique révèle une masse annexielle, l'hystérosalpingographie est atypique, mais le liquide ne passe pas. Après un traitement de streptomycine et I.N.H., survient une grossesse qui évolue à son terme.

On pourrait allonger à l'infini cette série d'observations, surtout intéressantes lorsqu'il n'existe aucun antécédent bacillaire.

Parfois, toute la symptomatologie se résume en douleurs pelviennes.

Ainsi, cette femme de vingt-trois ans ayant eu, cinq ans plus tôt, une grossesse compliquée de pleurésie et suivie de post-partum fébrile et de salpingite. Le pelvis est douloureux, avec empâtement latéro-utérin gauche modéré; les trompes sont en hystérosalpingographie, en tuyau de pipe avec images en étoile, faisant porter le diagnostic de tuberculose tubaire fibreuse. Après un mois de streptomycine, on intervient. Le processus tuberculeux est histologiquement encore visible. La malade interrompt trop tôt la streptomycine, et revient six mois plus tard avec une poussée thermique. La sédimentation est accélérée, la réaction de Middlebrook Dubos est positive au 1/16. La streptomycine rétablit la situation.

Dans d'autre cas, il s'agit de troubles des règles, métrorragies, aménorrhée.

Voici une malade de NETTER :

Elle vient consulter pour métrorragie post-ménopausique. L'examen clinique est normal. L'hystérogographie montre trois images lacunaires à contours nets, en chapelet, de type polypoïde. Le curettage permet de faire le diagnostic histologique de tuberculose endométriale.

BRAVARSKI a rapporté plusieurs cas de formes hémorragiques de tuberculose endométriale, tuberculose latente pour laquelle les traitements hormonaux et le curettage sont sans effets.

L'aménorrhée peut également représenter le signe prédominant.

Une jeune fille de vingt ans, aux antécédents tuberculeux extra-pulmonaires, il est vrai, vient consulter pour aménorrhée primaire;

les caractères sexuels secondaires sont normaux, l'utérus est de taille normale, les annexes ne sont pas perçues. Mais l'hystérogaphie montre une obstruction quasi complète de la cavité corporeale, par *synéchie*, cause fréquente, semble-t-il, d'aménorrhée et signe quasi pathognomonique de tuberculose génitale.

C'est à NETTER et collaborateurs que l'on doit cette notion de symphyse endo-utérine tuberculeuse, syndrome anatomo-clinico-radiologique caractéristique. Dans la plupart des cas, les conditions sont les mêmes, avec déficit menstruel, voire même aménorrhée primaire, antécédents tuberculeux souvent caractéristiques, et à l'hystérogaphie, déformations de la cavité utérine à type de synéchies traduisant une sclérose cicatricielle, manifestation jusque-là méconnue, pour NETTER. Devant ces constatations, le problème thérapeutique se pose. Une intervention conservatrice avec reconstitution chirurgicale de la cavité utérine a parfois donné des résultats encourageants, bien qu'imparfaits.

Ces aspects anatomo-radiologiques ont été retrouvés chez une malade de SOLAL, la nature tuberculeuse des lésions ayant été confirmée à l'examen histologique de la biopsie d'endomètre faite après réponse négative de la culture et de l'inoculation au cobaye.

* *

Les accidents obstétricaux, grossesses extra-utérines, avortements, accouchements prématurés, sont les complications classiques de la tuberculose génitale ; dans ses formes inapparentes, ces manifestations acquièrent une très grosse valeur susceptible d'orienter le diagnostic méconnu jusque-là.

A côté de grossesses survenant chez des tuberculeuses génitales correctement traitées, et se terminant par un accouchement et un post-partum normaux, il existe des faits de grossesses ectopiques, en réalité plus rares qu'on ne l'avait autrefois admis. Quelques cas seulement en ont été publiés, selon les recherches bibliographiques faites par HELD en 1947 ; complications exceptionnelles, écrit GEISENDOR récemment. En 1950, DUBUIS écrivait : « L'opinion communément

« admise est que plus de 80 % des femmes qui ont fait une
« salpingite tuberculeuse sont stériles, et la plupart des
« auteurs concluent à l'influence quasi nulle de cette affec-
« tion sur la genèse de la grossesse tubaire... Si la tubercu-
« lose est tubaire, la stérilité utérine s'ensuit presque toujours
« à cause de la gravité des lésions, et en raison de l'impossi-
« bilité où se trouve l'œuf de les franchir. »

La malade de BENDER :

Agée de vingt-six ans, vue pour stérilité primaire, après le diagnostic histologique d'endométrite tuberculeuse, elle est traitée par streptomycine et P.A.S. Elle est enceinte six mois plus tard, mais rapidement hospitalisée pour des douleurs de la fosse iliaque gauche, des métrorragies. La grossesse tubaire gauche devient évidente quelques semaines plus tard. On pratique une hystérectomie avec ablation des annexes sauf l'ovaire droit. Histologiquement, l'endomètre présente des lésions bacillaires importantes ainsi que les deux trompes.

Chez la malade de BÉDRINE :

Une femme de trente ans venue consulter pour stérilité, la biopsie d'endomètre et les cultures sont concluantes pour une tuberculose. Un traitement streptomycine-P.A.S. fait disparaître l'image histologique de tuberculose, et est suivi d'une grossesse, dont la nature extra-utérine se manifeste par une inondation péritonéale brutale à opérer d'urgence.

Certains avortements, certains accouchements prématurés enfin, sont le fait de la tuberculose génitale, en particulier inapparente. MORRISON a vu :

Une primipare de vingt et un ans fait un avortement de seize semaines avec suites fébriles commandant des examens cyto bactériologiques. La réponse est positive, et l'on institue un traitement par streptomycine et I.N.H. La biopsie d'endomètre devait montrer la disparition des lésions. A noter ici des antécédents de pleurésie dix-huit mois plus tôt.

Dans un second cas du même auteur :

Une primipare de vingt et un ans accouche à huit mois d'un enfant mort-né; les suites se compliquent de métrorragies persistantes, entraînant le curettage, l'examen histologique de fragments d'endomètre : la tuberculose est évidente. La streptomycine et le P.A.S. entraînent la disparition des lésions d'endométrite tuberculeuse.

Sur 26 cas analogues publiés récemment, on voit que neuf fois c'est un accouchement prématuré qui a éveillé l'attention et fait découvrir la tuberculose génitale, et douze fois un avortement. Il faut considérer ces accidents comme secondaires à une tuberculose pré-existante et méconnue, encore assez localisée pour autoriser la nidation.

CHAPITRE III

LES METHODES DE DIAGNOSTIC

Elles sont nombreuses, de but différent, de valeur inégale ; mais dès que l'attention est orientée vers la tuberculose utéro-annexielle, leur mise en œuvre doit pouvoir, par la réunion des réponses obtenues, établir la réalité de la tuberculose, ou son absence.

A. — RECHERCHE DU B K

Elle peut être directe, ou indirecte.

1° DIRECTE

Elle est le plus souvent décevante et négative, qu'il s'agisse de mettre en évidence le bacille tuberculeux dans les frottis vaginaux, ou dans les fragments d'endomètre examinés histologiquement. Seul GORDON dit avoir trouvé le B K 4 fois sur 36, sous lumière fluorescente.

2° INDIRECTE

HALBRECHT a mis au point une méthode d'examen du sang menstruel reprise par KIRCHOFF en 1951. Le sang est prélevé dans le vagin, moins de quarante-huit heures après le début des règles, et inoculé au cobaye, ou mis en culture. L'inoculation donne plus de réponses positives que la culture. HUISKEN ayant appliqué cette méthode, a obtenu 12 fois le B K sur 32 femmes examinées chacune deux fois.

Sur une série de 247 malades, le B K a été retrouvé 40 fois dans le sang menstruel, traduction d'une endométrite tuberculeuse reconnue, soupçonnée ou ignorée. La réponse positive a souvent intéressé des femmes ayant une lésion pulmonaire antérieure ou actuelle, ou toute autre détermination bacillaire. Il est intéressant de noter que la réponse positive concorde avec les résultats positifs de l'examen histologique d'endomètre.

Autre méthode indirecte, la culture des sécrétions cervico-utérines, proposée par HALBRECHT en 1945, qui donnerait, en particulier chez la jeune fille, une indication précoce de la tuberculose génitale et surtout de ses récides. La culture des fragments endométriaux sur milieux spécifiques du B K date de 1950 avec les travaux de BÉDRINE et HOULNE ; on peut ainsi diagnostiquer la tuberculose génitale et, en outre, préciser dans une certaine mesure l'importance et la virulence de l'invasion microbienne.

L'inoculation au cobaye de fragments d'endomètre peut entraîner une tuberculisation de l'animal (GORDON MILLAR). La meilleure méthode consiste à émulsionner les fragments prélevés dans le sérum physiologique et à injecter directement par voie sous-cutanée.

B. — EXAMEN HISTOLOGIQUE

Enfin, l'examen histologique de biopsies permet d'établir la présence d'aspects suspects ou spécifiques de follicules tuberculeux, mais nous avons indiqué plus haut que les remaniements cycliques de la muqueuse, avec des aspects folliculaires physiologiques, rendaient parfois difficile l'interprétation des images obtenues. Dans certains cas cependant, il y a tuberculose évidente. Dans d'autres, on se contente de présomption, de pseudo-aspects tuberculeux ; enfin, la négativité histologique ne doit pas faire renoncer au diagnostic, mais susciter d'autres techniques d'investigation.

Non seulement, par conséquent, ces méthodes directes et indirectes ne sont pas toujours concluantes, mais encore elles sont statiques, et non dynamiques, c'est-à-dire qu'elles ne renseignent pas sur le stade auquel en est la maladie lors du premier diagnostic, et encore moins sur son potentiel évolutif, sur son pronostic. On comprend alors que, puisque le traitement sera surtout agissant sur les formes récentes, peu fibreuses, non cicatricielles, encore évolutives, il soit de première importance de connaître le potentiel de la tuberculose constatée, et surtout de porter précocement son diagnostic. Cultures, inoculations au cobaye, demandent deux mois en moyenne pour donner la réponse, celle-ci n'ayant alors qu'une valeur rétrospective d'appoint, dans le diagnostic (BRET).

D'autres désavantages s'appliquent à ces méthodes :

- l'existence de lésions exclusivement tubaires, avec respect de l'endomètre : donc réponse négative alors que la tuberculose existe;
- la négativité de l'inoculation au cobaye lorsque la lésion est paucibacillaire et très limitée, puisque le prélèvement a pu se faire en muqueuse saine;
- négativité encore avec les lésions anciennes et fixées.

On a si bien pris conscience de ces inconvénients, que la plupart des auteurs instituent le traitement antituberculeux sans attendre les réponses de laboratoire, chaque fois que le tableau anatomo-clinique et les antécédents sont en faveur de ce diagnostic.

C'est également l'insuffisance, voire la carence des examens de laboratoire par cultures et inoculations, qui ont fait pour certains auteurs la valeur de la réaction d'hémagglutination de Middlebrook Dubos, dont BRET est le grand champion, alors que DALSACE la critique et que SOLAL la rejette.

Il s'agit d'une réaction spécifique, positive dans la tuberculose et la lèpre, pratiquement jamais faussement positive, et témoignant, selon l'avis de Etienne BERNARD, de l'évolution du processus bacillaire. Mais la réaction, pas plus que celle de Vernes, ne signale la localisation *génitale* de l'infec-

tion bacillaire, dont la présence est seule constatée. BRET, qui a pratiqué plus de 200 réactions, attribue à la méthode une grande valeur dans le diagnostic d'une reprise évolutive ou d'une récurrence de l'infection pelvienne, même si celle-ci a été antérieurement soumise à l'antibiothérapie.

Une malade de vingt-trois ans, que nous avons citée plus haut pour sa symptomatologie exclusivement douloureuse, avait été opérée après diagnostic clinique et surtout hystérosalpingographique; le traitement antibiotique avait été mal suivi. Une rechute des phénomènes généraux s'accompagnait d'une histologie endométriale négative, mais la réaction de Middlebrook Dubos était positive au 1/16 et le Vernes à 16° avec accélération de la vitesse de sédimentation. Ces signes se négativèrent à la suite du traitement antibiotique bien conduit.

C. — EXAMEN RADIOLOGIQUE

L'hystérosalpingographie, dans ses débuts, avait connu de nombreuses contre-indications, précisément dans des cas où elle était le plus utile, et demeurait limitée à la recherche des oblitérations tubaires et donc de la stérilité. On s'est aperçu, par la suite, qu'un processus en évolution pouvait ne pas déclencher d'accidents par la pénétration d'huile iodée dans le tractus génital. On conçoit qu'une telle méthode revête une importance particulière dans la recherche des tuberculoses inapparentes cliniquement.

La question a été bien étudiée tout récemment à propos de la fonction tubaire, et les communications d'auteurs de différents pays ont montré que les malades examinées par cette méthode représentaient aujourd'hui un important matériel clinique. EKENGREN a examiné 117 femmes soupçonnées de tuberculose utéro-annexielle, YLINEN 99 cas, BRET 100 cas. Il y a discordance sur la fréquence des antécédents tuberculeux extra-génitaux dans ces cas; EKENGREN a retrouvé un passé bacillaire récent dans 69 cas sur 117. C'est à MAGNUSSON

que l'on doit, entre 1945 et 1947, les premières descriptions d'images tubaires en tuyau de pipe dans les salpingites tuberculeuses. L'absence de passage péritonéal a été signalée par KOCHION en 1948, MARSALEK a décrit, en 1947, une image en rosace qui fait suspecter la tuberculose. BRET et SÈNÈZE ont signalé la signification de l'injection vasculaire, ROBINS l'intérêt diagnostique des calcifications pelviennes, que EKENGREN n'a jamais retrouvées dans les infections génitales non tuberculeuses (95 cas étudiés). Renonçant à l'huile iodée, les radiologistes ont utilisé des produits hydrosolubles qui donnent, selon EKENAREN, des images caractéristiques d'hypertrophie longitudinale des plis de la muqueuse tubaire. De plus, l'huile iodée peut provoquer la formation de granulomes histologiquement voisins des lésions tuberculeuses et pouvant entraîner des erreurs de diagnostic.

Les images tubaires sont étudiées pour le siège de la lésion, la régularité des contours, la présence ou l'altération des plis de la muqueuse, les sténoses, les dilatations. Un aspect caractéristique est fourni par une image multinodulaire, rappelant (ou correspondant) des micro-abcès intra-muraux ou aberrants, avec trajet fistuleux jusqu'à la lumière. La classification la plus récente des aspects tubaires provoqués par les lésions tuberculeuses est actuellement, pour EKENGREN :

- un épaississement de la muqueuse avec granulations, ou modifications hypertrophiques ;
- des lésions destructives, donnant aux trompes des contours irréguliers ;
- des oblitérations isthmiques ou ampullaires des trompes qui sont alors dilatées.

Le premier aspect correspond aux plis tubaires, longitudinaux, tortueux, irréguliers, avec une trompe moyennement dilatée, pouvant contenir du sang, au diamètre pratiquement normal, et avec une région isthmique normale.

Le second aspect comporte un effacement des plis tubaires, des abcès tubaires et aberrants de la trompe, avec trajets fistuleux, et fréquemment lésions isthmiques.

En ce qui concerne les images provoquées par l'atteinte de l'endomètre, il faut retenir les contours dentelés, les déformations par des incisures, les récessus simulant des trajets fistuleux. Les irrégularités de contour peuvent intéresser le corps, ou le col de l'utérus. Sur le corps, elles seront ou diffuses, ou localisées. On verra des images d'amputation d'une corne, de rigidité d'un bord ; des aspects d'hyperplasie, d'hypoplasie, un fond irrégulier, des diverticules et des lacunes. C'est la confrontation de ces anomalies avec les aspects histologiques qui donnera aux images toute leur signification.

Ce n'est que récemment que l'on a décrit des images endocervicales de tuberculose (il semble qu'on ait là l'équivalent aux lésions bronchiques de la tuberculose pulmonaire) que la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître très fréquentes, chaque fois qu'elles sont systématiquement recherchées.

Les images de calcifications sont très évocatrices de tuberculose, bien que leur fréquence soit diversement appréciée : 27 fois sur 117 pour EKENGREN, 7 fois sur 99 pour YLINEN. Il s'agit d'aspects ganglionnaires, d'abcès calcifiés au niveau de la trompe, de l'ovaire, du petit bassin.

Autre signe important, la modification des lésions radiologiques sous l'action du traitement antibiotique. Lorsque les lésions tubaires consistent en épaississement de la muqueuse ou en destruction, les antibiotiques exercent souvent une action régressive de ces images partiellement réversibles, alors que les oblitérations isthmiques ou ampullaires avec dilatation tubaire ne subissent pas de modifications thérapeutiques. Les images utérines paraissent, par contre, beaucoup plus influencées par le traitement antibiotique efficace.

On a cherché enfin à préciser le diagnostic radiologique différentiel de la tuberculose génitale ; une salpingite non tuberculeuse donnera des plis tubaires plus fins, plus grêles, mieux dessinés ; les calcifications pelviennes doivent faire exclure un kyste dermoïde ; des images analogues à celle de la tuberculose peuvent être provoquées par un cancer, une hyperplasie, une polypose. Parmi ces images si multiples et diverses, ce sont encore les aspects tubaires qui sont le plus

évocateurs de tuberculose, bien qu'aucun ne soit vraiment pathognomonique, pas plus que les images utérines.

L'examen radiologique, conclut BRET, est un examen d'orientation ; la nature tuberculeuse des lésions ne peut être affirmée que par l'histologie et les méthodes bactériologiques. C'est surtout la réunion de tous ces renseignements, replacés dans le contexte anatomo-clinique, qui doit emporter le diagnostic de certitude, ou au moins de haute probabilité, dictant la mise en œuvre immédiate du traitement antituberculeux.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Il existe donc, avec une certaine fréquence, des formes de tuberculose génitale cliniquement inapparentes, qui se traduisent par des troubles gynécologiques, de la stérilité, une grossesse extra-utérine, un avortement, un accouchement prématuré. Mais rien ne vient signer l'origine bacillaire des troubles observés, et dans une grande proportion des cas, les antécédents personnels de la maladie sont muets en ce qui concerne une tuberculose extra-génitale.

La femme vient donc consulter pour des troubles variables, et plus souvent pour une stérilité primaire, plus rarement secondaire. On entreprend donc les divers examens classiques, cyto-hormonaux, et la biopsie peut alors apporter une image suspecte, radiologiques, et l'on constate parfois une courbe d'insufflation tubaire atypique, des images anormales de l'utérus et des trompes.

L'attention est éveillée, mais à ce stade le diagnostic est rarement de certitude. On demande alors la confirmation de l'origine tuberculeuse des troubles fonctionnels et des anomalies organiques au laboratoire, inoculation au cobaye, qui pourra être positive alors que l'histologie était normale, recherches plus minutieuses des antécédents.

Ces antécédents sont souvent totalement négatifs. Mais ils peuvent avoir été discrets, et l'on n'y a pas attaché d'importance. Il y a eu un érythème nouveau discret, des images

pulmonaires plus ou moins fugaces, mais aussi des accidents plus accusés avec atteintes parenchymateuses et surtout séreuses, pleurales et péritonéales, dont la relative fréquence avait frappé HALBRECHT, BRET et LEGROS, SOLAL. Sur 13 tuberculoses génitales inapparentes, ce dernier auteur a relevé 8 fois des antécédents tuberculeux dont 5 représentés par des atteintes pleurales. La réalité de la tuberculose génitale avait été prouvée bactériologiquement ou histologiquement.

Mais il ne faut pas non plus tomber dans l'excès inverse, et, faute de ne pas vouloir méconnaître les antécédents bacillaires, attribuer toute manifestation génitale à cette même bacilliose. Beaucoup de tuberculeuses ne feront jamais de déterminations génitales. Et alors même qu'une aménorrhée, une stérilité, des avortements sont constatés, il ne faut pas obligatoirement en rendre responsable une localisation utéro-annexielle de l'infection tuberculeuse. Il faut d'ailleurs penser que c'est précisément la rareté des extensions génitales des tuberculoses séreuses et parenchymateuses qui est au moins en partie responsable de la méconnaissance des formes génitales inapparentes. Enfin, chez la moitié des femmes atteintes de tuberculose génitale, il n'y a pas d'antécédents bacillaires.

Une fois l'attention éveillée, on entreprend des examens cliniques, biologiques, radiologiques. Or, les signes subjectifs fournis par les premiers suggèrent, mais n'affirment pas la tuberculose, car ils sont loin d'être pathognomoniques. Il y a aménorrhée, métrorragie, hémorragie intermenstruelle, il y a aussi des syndromes hyperandrogéniques, des métrorragies provoquées (SOLAL), autant de manifestations sans spécificité, mais susceptibles d'être la traduction d'une tuberculose inapparente et méconnue. On comprend que SOLAL ait préféré le terme d'inapparente proposé par DALSACE, à celui de silencieuse ou de latente, car cette tuberculose génitale se manifeste, mais par des signes mal interprétés.

Donc, ces formes ne sont pas silencieuses ; par contre, elles sont bien inapparentes, en ce sens que sur le plan clinique l'examen reste négatif, même le plus souvent l'examen gynécologique.

La parole reste donc aux examens para-cliniques, aux recherches histologiques, biologiques, radiologiques, sollicités diversement selon le symptôme dominant pour lequel la femme vient consulter. La stérilité entraîne l'exploration hystérosalpingographique de la perméabilité tubaire ; l'aménorrhée, les métrorragies, incitent aux recherches cyto-hormonales et heureusement de plus en plus aussi à l'hystérosalpingographie, dont les images sont de plus en plus significatives au fur et à mesure qu'on en a fait des descriptions systématiques.

La cœlioscopie a donné à PALMER des indications utiles. Les frottis vaginaux, sans aucune valeur diagnostique ici, céderont le pas à la biopsie d'endomètre en période prémenstruelle, portant sur les deux faces de la cavité utérine. Les erreurs sont rares, et une biopsie positive est de première importance. Mais sa négativité est douteuse. Car l'atteinte de la muqueuse génitale, secondairement à un premier foyer bacillaire, est tardive, et peut rester très limitée, à côté du lieu de prélèvement de la biopsie. Enfin, il existe des formes tubaires isolées, donc avec endomètre indemne.

Certains auteurs pensent que la culture des sécrétions cervico-vaginales, donne une forte proportion de réponses positives. Les 4 cas de SOLAL ne sont pas aussi optimistes :

	<i>Biopsie</i>	<i>Inoculation</i>	<i>Culture</i>
	—	—	—
Cas n° 1	Positive	Positive	Négative
Cas n° 2	Négative	Positive	Négative
Cas n° 3	Positive	Négative	Négative
Cas n° 4	Négative	Positive	Négative

De tous ces faits, une conclusion se dégage : la nécessité de multiplier les examens, histologiques, bactériologiques, radiologiques, mais en cas de forte présomption de tuberculose génitale, entreprendre sans attendre le traitement antibiotique spécifique, qui ne saurait être dangereux si le diagnostic de tuberculose était mis en défaut, et qui pourra être utilisé en tant que traitement d'épreuve.

CONCLUSIONS

La tuberculose utéro-tubaire est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait admis jusqu'ici et peut être rendue responsable de bien des manifestations gynécologiques et obstétricales telles qu'aménorrhée, métrorragies, stérilité primaire et secondaire, phénomènes pelviens douloureux, avortements, accouchements prématurés, grossesses ectopiques.

Les moyens récents d'investigation ont montré que bien des tuberculoses génitales demeuraient méconnues parce que cliniquement inapparentes ; pour établir l'origine tuberculeuse des manifestations atypiques ainsi provoquées, il faut mettre en œuvre des méthodes de diagnostic multiples et fines, examens histologiques de biopsies d'endomètre, recherches bactériologiques par culture et inoculation au cobaye de suspensions de tissus, de sécrétions génitales, de sang menstruel, hystérosalpingographie ; enfin, il faut fouiller les antécédents bacillaires extra-génitaux, présents dans la moitié des cas.

Ces méthodes ne donnent pas des réponses toujours superposables ; mais leur faisceau replacé dans le contexte clinique permet de porter un diagnostic de certitude. Malheureusement, celui-ci risque d'être tardif, et dès que la tuberculose est suspectée, mieux vaut instituer d'emblée le traitement antibiotique spécifique, qui seul ou associé à la chirurgie, assure la guérison dans une intéressante proportion des cas, et permet la conduite à terme de grossesses ultérieures : résultat que l'on n'avait jamais pu envisager ni espérer avant l'ère des antibiotiques.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
VARANGOT

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- BEDRINE (H.), HOULNE (P.). — La tuberculose de l'endomètre. Importance de la culture de fragments biopsiques pour le diagnostic, le traitement et l'étude des caractères évolutifs de la maladie. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1952, IV, pp. 280-286.)
- BRAVARSKI (J.). — Endométrite tuberculeuse latente et métropathies hémorragiques. (*Soc. Fr. Gyn.*, 21 avril 1952.)
- BRET (A.J.). — Le diagnostic radiologique de la tuberculose génitale de la femme. (*Presse Méd.*, 8 oct. 1955, LXIII, p. 1336.)
- BRET (A.J.), LEGROS (R.). — Grossesse et tuberculose génitale. L'action du traitement par les antibiotiques. (*Presse Méd.*, 30 avril 1955, LXIII, pp. 644-646.)
- A propos du diagnostic de la tuberculose génitale. I. Intérêt de la réaction de Middlebrook Dubos. (*Presse Méd.*, 3 oct. 1956, LXIV, pp. 1.604-1.605.)
- BRET (A.J.), SÉNÈZE (J.). — Images radiologiques de tuberculose endométriale : l'injection vasculaire; images de synéchies utérines après le traitement. (*Soc. Gyn. Obst.*, Paris, 7 mars 1955.)
- Images radiologiques de tuberculose endométriale. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1955, VII, p. 135.)
- DALSACE (J.). — Tuberculose utéro-annexielle inapparente. (*Gynécologie Prat.*, 1956, VII, p. 187.)
- EKENGREN (K.). — Roentgenologic diagnosis of genital tuberculosis in the female. (*Acta Radiol*, suppl. 123 in Coll. Fonction tubaire Radiologie des tuberculoses utéro-tubaires, 8°, Masson, éd., Paris, 300 pages.)
- FUNCK BRENTANO (P.), DALSACE (J.). — Tuberculose génitale latente. (*Gynécologie Pratique*, 1955, VI, p. 161.)
- GINGLINGER (A.), ASCH (L.), HOLLAENDER (A.). — Endométrites tuberculeuses. Problèmes diagnostiques et pronostiques. (*Soc. Gyn. Obst.*, Strasbourg, 7 juillet 1956.)

- GRANJON (A.), VASSY (S.), BOMMELAER (M.). — Tuberculose des trompes de Fallope diagnostiquée par la salpingographie. (*Bull. Assoc. Gyn. Obst.*, 1949, I, p. 35.)
- HALBRECHT. — Le diagnostic de la tuberculose génitale de la femme par les cultures des sécrétions génitales. (*Colloques sur la Fonction tubaire*, Masson éd., Paris, 1955, 300 pages.)
- HUISKEN (D.P.). — Mycobacterium tuberculosis in the menstrual blood. (*Thèse*, Amsterdam, 1954, 147 pages.)
- NETTER (A.), LAMBERT (A.), KOHN (J.), MONTBAZET (G.). — Deux cas atypiques de tuberculose génitale. (*C. R. Soc. Fr. Gyn.*, 1954, XXIV, pp. 165-186.)
- NETTER (A.), MUSSET (R.), LAMBERT (A.), MONTBAZET. — Symphyse endométrine tuberculeuse; un syndrome anatomo-clinico-radiologique caractéristique. (*Soc. Obst. Gyn.*, Paris, 6 déc. 1954.)
- ROUQUET (P.), GARBAY (B.). — Le diagnostic salpingographique de la tuberculose tubaire. (*Journ. Radiol.*, 1955, XXXVI, pp. 307-315.)
- SHERMAN (A.). — La tuberculose génitale latente et ses rapports avec l'infertilité. (*Colloques Fonction tubaire*, Paris, 1955, Masson éd., 300 pages, p. 278.)
- SOLAL (R.). — Les difficultés du diagnostic de la tuberculose tubaire inapparente. (*C. R. Soc. Fr. Gyn.*, 1956, p. 61.)
- La tuberculose tubaire latente, son diagnostic radiologique. (*Rev. Fr. Gynécol.*, 1956, pp. 28-48.)
 - Trois aspects de la tuberculose génitale cliniquement inapparente. (*Presse Méd.*, 24 avril 1957, LXV, pp. 774-777.)
- SUZUKI (M.). — Streptomycin therapy for asymptomatic endometrial tuberculosis. (*Obst. Gyn.*, 1955, V, p. 152.)

